

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme Universitaire)

PAR

GUERNICA-ROUX Eduardo

Né le 5 Décembre 1907, à Santiago de Cuba.

Contribution à l'Étude
du Traitement des Grossesses
extra-utérines
après le cinquième mois

Président : M. BRINDEAU, Professeur.

LES ÉDITIONS VÉGA
175, Boulevard Saint-Germain, 175
PARIS
1934

100

100

100

100

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme Universitaire)

PAR

GUERNICA-ROUX Eduardo

Né le 5 Décembre 1907, à Santiago de Cuba.

Contribution à l'Étude du Traitement des Grossesses extra-utérines après le cinquième mois

Président : M. BRINDEAU, Professeur.

LES ÉDITIONS VÉGA
175, Boulevard Saint-Germain, 175
PARIS
1934



FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

LE DOYEN. M. ROUSSY.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST .
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie.	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	Maurice VILLARET

Clinique médicale	ACHARD.
	BEZANÇON.
	CARNOT.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques..	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.....	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale et orthopédique de l'adulte.	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeur sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. .	Neurologie et Psychiatrie.
BÉNARD (H.) . .	Pathologie médicale.
BERNARD (E.) .	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHEVALLIER . .	Pathologie médicale.
DOGNON.	Physique.
DONZELOT. . . .	Pathologie médicale.
FEY.	Urologie.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER. . .	Pathologie chirurgicale.
DE GAUDART D'ALLAINES. .	Pathologie chirurgicale.
GAYET	Physiologie.
GIROUD.	Histologie.
HAGUENAU . . .	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN. . . .	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LABBÉ (Henri). .	Chimie biologique.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUÉJOUL . .	Obstétrique.

MM.

LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
M ^{lle} J. LÉVY . . .	Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI .	Neuro-psychiatrie.
MOREAU.	Pathologie médicale.
MOULONGUET. .	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OVERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.
PIÉDELIÈVRE . .	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
RICHET	Physiologie.
SANNIÉ	Chimie biologique.
SÈNÈQUE	Pathologie chirurgicale.
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
TROISIÈRE	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VALLÉRY-RADOT (Pasteur) . .	Pathologie médicale.
VELTER	Ophthalmologie.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le Service des Examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.

MM.

LEROUX.	Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	CADENAT	Clinique chirurgicale. (suite)
AUBERTIN		HEITZ-BOYER..	
BRULE		MOCQUOT	
CHIRAY		MOURE	
DUVOIR		SCHWARTZ	
HARVIER			
LIAN		GUÉNIOT.	Clinique obstétricale.
		LE LORIER....	
		LEVY-SOLAL ..	
BASSET	Clinique chirurgicale.	METZGER	

V. — CHARGES DE COURS

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
FREY	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ.	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

*Avec toute ma reconnaissance
et affection.*

A MA MERE

*Dont l'amour et le dévouement
m'ont permis d'arriver au
but. Sa vie exemplaire do-
mine ma pensée.*

A MES FRERES

A MES AMIS

A Monsieur le Professeur BRINDEAU

*Pour le grand honneur qu'il
m'a fait en acceptant la
présidence de cette thèse.*

A MES PROFESSEURS DE LA FACULTE
DE PARIS

A Monsieur le Professeur PIERRE DUVAL

A Monsieur le Professeur Agrégé M. HEITZ-BOYER

A mon Maître, Monsieur le Docteur V. CATHALA,
Chef de Service à la Maternité de l'Hôpital Saint-Louis
*Avec toute ma reconnaissance
et respectueuse affection.*

A MES PROFESSEURS DE LA FACULTE
DE MEDECINE DE LA HAVANE

J. A. PRESNO, Recteur de l'Université de La Havane;

R. NUNEZ PORTUONDO;

J. BISBE ALBERNI.

AVANT-PROPOS

En arrivant à la fin de nos études, nous éprouvons une grande satisfaction: la satisfaction du devoir accompli; il nous a été imposé par les innombrables sacrifices et le bon désir de nos parents bien-aimés. Mais, hélas! on l'a dit: « Il n'y a pas de joie sans tristesse », et cette satisfaction est bien tempérée par le regret de nous séparer de tant de maîtres, eux aussi non moins aimés.

Nos dernières paroles seront celles de gratitude et de reconnaissance au professorat médical français, à sa paternelle délicatesse et à la haute valeur de son enseignement.

Nous voulons remercier très vivement notre Président de Thèse, M. le Professeur BRINDEAU du grand honneur qu'il nous a fait.

Notre maître, M. le Docteur CATHALA, par qui ce travail a été inspiré, et qui nous a toujours donné tous les bons conseils dont on avait besoin. Son accueillante personnalité a laissé dans nos âmes une empreinte ineffaçable.

INTRODUCTION

Nous n'avons pas la prétention d'apporter de nouvelles lumières sur un sujet qui a déjà été l'objet d'une étude très approfondie. Nous nous proposons simplement de faire, en quelque sorte, une étude comparative des différentes méthodes opératoires.

En effet, en ce qui concerne le moment le plus favorable pour pratiquer l'intervention, la plupart des auteurs sont d'accord. A l'heure actuelle, la tendance dominante est que toute grossesse extra-utérine doit être opérée dès qu'elle est diagnostiquée.

Certes, nous ne dirons pas, comme WERTH : « Toute grossesse ectopique doit être considérée comme une tumeur maligne », puisque, dans une grossesse ectopique, l'indication opératoire n'est pas toujours aussi pressante que dans une tumeur maligne.

Aussi PINARD avait-il raison de dire : « Toute grossesse extra-utérine diagnostiquée commande l'intervention chirurgicale. »

Avant le cinquième mois, il n'y a pas de doute, ce sera le procédé à suivre sans aucune hésitation. Il faut opérer, et le plus tôt possible, puisque, comme l'a dit FAURE : « Une femme en état de grossesse ectopique n'est jamais sûre du lendemain » ; en effet, à ce moment, elle est à la merci d'une rupture qui peut être foudroyante.

Lorsque la grossesse ectopique a dépassé le cinquième mois, alors les conditions ne sont pas les mêmes, **donc les indications opératoires** doivent changer. En effet, à cette date, **la rupture est moins fréquente**, et chaque jour le fœtus se rapproche de la date où il sera viable. Certains pensent qu'il n'est pas nécessaire d'attendre cette viabilité, l'enfant étant presque toujours déformé; en réalité, l'enfant peut être bien conformé, quelques observations nous en ont donné la preuve; cependant, comme l'a dit notre Maître, le Docteur CATHALA: « Même si l'enfant naît déformé, ses déformations peuvent disparaître par la suite. En ce cas, la meilleure chose est de surveiller de près la femme, pour intervenir dès que les moindres accidents se manifestent.

On attendra donc le huitième ou le début du neuvième mois (PINARD, BRINDEAU, SITTENER) de la grossesse, et l'on opérera.

Quel sera le procédé opératoire ? Aujourd'hui il n'y en a qu'un: la laparotomie. Et c'est justement sur les différentes conduites à suivre vis-à-vis du placenta et des membranes que les opinions diffèrent.

C'est de cela que nous nous occuperons dans ce modeste travail. Nous précéderons cette étude d'un chapitre sur les accidents de la grossesse ectopique au delà du cinquième mois, qui, quoique rares, sont toujours possibles.

CHAPITRE PREMIER

LES ACCIDENTS DE LA GROSSESSE ECTOPIQUE AU DELA DU CINQUIEME MOIS

Ces accidents, toujours graves, sont, comme on l'a déjà dit, beaucoup moins fréquents dans les derniers mois de la grossesse que dans les premiers. Si on ajoute à cette donnée la possibilité d'avoir un enfant viable et bien conformé, nous préférons donc attendre cette viabilité.

Mais la femme n'est pas absolument à l'abri d'accidents; c'est pourquoi nous avons cru utile de les étudier un peu sommairement.

Rupture du kyste fœtal

La rupture du kyste fœtal est certainement beaucoup moins fréquente que dans les premiers mois de la grossesse. SITTENER trouve une moyenne de rupture de 7 % sur 579 observations. Cette rupture est un accident très grave. C'est ainsi que le Professeur PINARD cite trois cas suivis de mort.

Nous citons une observation de BONNAIRE :

Grossesse extra-utérine abdominale secondaire rompue aux environs du terme; déchirure du placenta, hémorragie grave, laparotomie, mort de la mère et de l'enfant (BONNAIRE, *Bulletin Société Obstétrique*, Paris, 1911).

Une femme de 32 ans, secondipare, dernières règles, septembre 1910. En décembre, pertes rosées; en janvier, douleurs syncopales, rétention d'urine qui fait penser à une rétroversion de l'utérus gravide. A partir de cette date, la grossesse évolue assez favorablement. Le 20 mai 1911, douleur violente et subite, température 39°, pouls 140, vomissements, tension douloureuse de l'abdomen. Le 22 mai, la malade entre à l'hôpital. La grossesse ectopique est reconnue; dans le flanc gauche, tumeur avec fœtus vivant, le corps de l'utérus est à droite. Au toucher, le col est ramolli, dévié à gauche et en haut, en continuité avec le corps utérin. Cavité utérine vide. Aggravation subite des symptômes généraux.

Laparotomie le 23 mai. Nombreux caillots dans le péritoine. Le sac est adhérent à l'utérus et à l'intestin. Marsu-pialisation difficile par suite de la friabilité des membranes.

Tentative de décollement du placenta. Grosse hémorragie. Opération de PORRO. La mort survient dans les 24 heures. Le fœtus retiré mort depuis peu pèse 2.350 grammes.

L'autopsie de la mère montre que la déchirure s'est produite au pôle placentaire plongeant dans le bassin, le péritoine pariétal a été décollé et un volumineux hématome s'est constitué dans la fosse lombaire gauche.

Infection du kyste

Dans les grossesses utérines, sans rupture de mem-

branes, l'œuf ne s'infecte pour ainsi dire jamais, même si le fœtus est mort.

Il n'en est pas de même dans la grossesse ectopique, où l'œuf peut être infecté, même en dehors de toute rupture préalable. Cela tient surtout au rapport plus ou moins intime que le sac peut avoir avec l'intestin qui lui est proche.

OBSERVATION

Grossesse abdominale de six mois et demi avec enfant vivant (VANVERTS, *Société obstétrique et gynécologique de Lille*, 1921).

Une secundipare ayant eu ses règles du 19 au 27 novembre 1919 commença à souffrir en mars, et vit apparaître des vomissements en mai; en même temps, elle cessa de percevoir des mouvements actifs.

Elle entre à la Maternité, avec le diagnostic de vomissements incoercibles. Température 38°3. Pouls 110-120. Aspect grippé, mauvais, langue sèche, ventre ballonné. Pas de bruits du cœur fœtal perçus. Dans l'indécision du diagnostic, on attend vingt-quatre heures. Le soir, température 38°2, pouls 120; le lendemain 13 mai, laparotomie. Tout l'épiploon est adhérent à la paroi; en l'écartant, on pénètre dans une cavité remplie de liquide purulent renfermant le fœtus. Celui-ci est enlevé, on constate que le fond de la poche est formé par des anses intestinales. Le décollement du placenta donne lieu à une forte hémorragie. Tamponnement, mort quelques heures après.

L'autopsie montre qu'il s'agit d'une grossesse abdominale, la poche formée par l'épiploon et les anses intestinales. Le

fœtus était de six mois et demi. L'examen du kyste semble révéler une infection avant la fort de l'enfant.

Nous citons plus loin une autre observation prise à la Maternité de l'Hôpital Saint-Louis (Obs. VI).

Troubles occasionnés par l'insertion anormale de l'œuf

Ce sont d'abord les douleurs dans le bas-ventre, qui prennent parfois une intensité telle qu'elles obligent la malade à garder le lit. Les pertes intermittentes de sang, souvent assez abondantes, sont accompagnées de douleurs, leurs fréquences peuvent produire l'anémie grave.

On trouve assez fréquemment des troubles de la miction et de la défécation, comme la pollakiurie, la constipation. L'occlusion intestinale s'observe souvent (voir Obs. IV).

Les phénomènes des compressions sont fréquents. Tous les organes peuvent être comprimés, surtout la veine cave inférieure, occasionnant l'œdème des membres inférieurs.

OBSERVATION

Grossesse ectopique reconnue et opérée, vers huit mois et demi. Obstruction intestinale, anémie, amaigrissement, mort de la mère (MURATOFF, *Centr. für Gynäk.*, 1903).

Femme âgée de 35 ans, grossesse marquée par des douleurs et un amaigrissement progressif. Reconnue vers 8 mois et demi. L'opération est pratiquée pour remédier à la gravité de l'état général (anémie, obstruction intestinale). L'enfant est retiré vivant. Extraction du placenta. Mort de la femme.

CHAPITRE II

Le traitement chirurgical de la grossesse extra-utérine, en apparence le dernier en date, est en réalité fort ancien. Il fut appliqué pour la première fois justement à un cas avancé de grossesse ectopique par PRIMROSE à Bordeaux en 1595; depuis lors à nos jours, ses interventions se sont considérablement multipliées.

Actuellement, l'intervention se heurte à deux difficultés principales: *a)* l'hémorragie placentaire qui suit tout décollement du placenta inséré sur les organes voisins; *b)* l'infection surtout fréquente lorsqu'on rencontre un fœtus mort, un œuf infecté.

Tant que le fœtus est vivant, la circulation placentaire très intense est en effet le gros écueil opératoire. Le fœtus mort, cette circulation se ralentit, pour être à peu près nulle vers le deuxième mois qui suit la mort. En réalité le pronostic opératoire est beaucoup plus favorable pour la mère quand l'enfant est mort; quand il est vivant, le pronostic est très grave pour la mère.

Ce principe d'atrophie placentaire avait conduit les chirurgiens à attendre la mort du fœtus, ou même à la provoquer, pour écarter ainsi tout danger d'hémorragie.

C'est à cause de ce danger et à la peur que l'on avait du péritoine, que naquit l'*élythrotomie*, qui consistait simplement à extraire l'enfant par le vagin, après incision de celui-ci sur le point le plus saillant. Puis, quand la crainte du péritoine fut passée, on pensa à la *laparotomie*.

La *marsupialisation* fut le premier procédé dont se servirent les chirurgiens. Ne pouvant pas extraire le placenta en pleine activité circulatoire, et adhérant un peu partout, on le laissa en place, en suturant la paroi du sac aux lèvres de la plaie. Ainsi, on attendait la sortie — si l'on peut dire — naturelle, du kyste fœtal. PINARD, SEGOND, ROUTIER se dressent alors comme les fervents défenseurs de cette technique.

Puis, en 1885, en Italie, le Professeur Paolo NEGRI (*Annali de Ostetrica e Ginecologia*), de l'Ecole d'Obstétrique de Novare, préconise une autre méthode, consistant, celle-là, à *abandonner* le placenta et les membranes dans l'abdomen, en attendant sa résorption.

Enfin, presque en même temps, LAWSON TAIT, en Angleterre, et MAYGRIER en France, se dressent comme les précurseurs de la méthode de l'*extirpation radicale* du placenta et des membranes, méthode qui fut alors combattue par le Professeur PINARD.

Les différentes méthodes

Nous allons étudier maintenant les trois méthodes principales.

Cette étude comprendra la technique, les indications et résultats, les avantages et inconvénients de chaque méthode.

CHAPITRE III

LA MARSUPIALISATION

Cette méthode a été vivement défendue par le Professeur PINARD, lequel publia en 1895 seize cas traités sans un seul échec.

Tout dernièrement, les statistiques paraissent moins favorables; ainsi, LAVERGNE nous donne la suivante:

Du cinquième au septième mois: 14,4 % de mortalité.

Du huitième au neuvième mois: 36,9 % de mortalité.

En rétention: 21,4 % de mortalité.

Mais cette opération reste encore une bonne chose et, comme l'a dit BRINDEAU, conduite aseptiquement, donne de bons résultats.

Surtout quand le placenta ne peut pas être enlevé, ou quand il s'est produit une hémorragie importante, alors, rien de plus simple que de tamponner le kyste fœtal, après avoir suturé le sac à la plaie.

Technique opératoire

Nous allons la résumer, d'après ce que nous trouvons dans les ouvrages de POZZI et de FAURE.

On fait une longue incision du pubis à l'ombilic. Une fois la paroi kystique mise à nu, on attire celle-là et on la fixe au plan profond de l'incision par une rangée de sutures. Il importe, comme pour une suture intestinale, de ne pas pénétrer dans l'intérieur de la cavité, mais de faire cheminer l'aiguille dans l'épaisseur des tissus.

On pratique alors l'ouverture du sac. On saisit le fœtus par les pieds, en opérant, au besoin, une véritable version podadique. On sectionne et on lie le cordon.

On bourre la poche de gaze stérile ou iodoformée; le pansement doit être renouvelé tous les jours.

Si le fond du sac est voisin du cul-de-sac vaginal, on peut faire une colpotomie, et placer un drain par le vagin.

La guérison est assez longue; le placenta s'élimine au bout d'un temps qui varie entre quelques jours et trois ou quatre semaines.

Avantages de cette méthode

1° Le plus important est celui de ne pas exposer aux hémorragies qui peuvent se produire dès qu'on touche au placenta, surtout lorsqu'il a une mauvaise insertion;

2° Le sac fœtal peut adhérer à l'intestin, à la vessie, etc... Le débridement des adhérences pourrait produire leur rupture. Or, comme on laisse le placenta et le sac

à leur place, on n'aura pas à craindre ces accidents;

3° La simplicité de sa technique.

Inconvénients

1° Ne peut se pratiquer que dans les cas où le sac existe. Or, parfois, il n'existe pas, le fœtus étant libre dans l'abdomen au milieu des anses grêles;

2° Les hémorragies secondaires sont à craindre, et dans ces cas, une nouvelle opération s'impose;

3° La putréfaction du placenta et la possibilité d'accidents septiques: septicémie, péritonite;

4° La possibilité de l'éventration, qui guérit facilement d'ailleurs par le traitement chirurgical;

5° La longueur de la guérison.

OBSERVATION · I

Cette observation inédite, nous la devons à l'amabilité de notre maître, le Docteur CATHALA.

Grossesse extra-utérine à terme. Opération après la mort du fœtus. Marsupialisation du kyste fœtal. Guérison.

La femme T... Suzanne, âgée de 38 ans, se présente à la Maternité de l'Hôpital Saint-Louis, le 28 juillet 1932, à 22 h. 30, parce que, enceinte, à terme, elle ressent depuis une heure des douleurs dans le bas-ventre.

La sage-femme, ne trouvant aucun signe de travail, mais constatant la présence d'un fœtus situé en présentation transversale, reçoit la femme dans le service.

L'Observation prise le lendemain matin donne les renseignements suivants :

Le père de la malade est vivant et bien portant, sa mère est morte à 44 ans de congestion pulmonaire; deux frères sont bien portants.

Elle a été réglée à 13 ans, toujours régulièrement, Les règles durent quatre jours, sans douleurs.

Elle a eu la chorée dans l'enfance, et, à 26 ans, elle a eu une crise de rhumatisme articulaire aigu avec lésion du cœur.

Elle a eu d'un premier mariage, en 1912 et en 1914, deux grossesses normales, qui se sont terminées à terme par la naissance d'enfants vivants, bien portants; les suites de couches furent normales.

Les dernières règles ont eu lieu du 3 au 7 octobre 1931.

Au mois de janvier, alors qu'elle était enceinte de 3 mois environ, la malade a ressenti de fortes douleurs abdominales avec des signes d'occlusion intestinale. Ces accidents furent attribués par son médecin à des troubles péritonéaux. Il n'y eut aucune perte sanguine.

Ensuite la grossesse évolua sans incident. A deux reprises, on constata la présence de légères traces d'albumine dans les urines.

Les douleurs, assez vives à l'entrée dans le service, ont cessé dans la nuit du 28 au 29 juillet.

Le 30 juillet, M. CATHALA examine la malade. C'est une femme grande, bien constituée, sans signes de rachitisme. A l'auscultation du cœur, on entend les signes d'un rétrécissement mitral; cette lésion cardiaque est bien compensée. Il n'y a pas d'albumine dans les urines. La femme ne présente aucun trouble. Son état général est très bon. Température 37°5, pouls 90.

L'examen de l'abdomen est très difficile à pratiquer, car la paroi abdominale est tendue, peu dépressible. On ne trouve pas nettement de contours utérins. Il n'y a aucune présentation au niveau du détroit supérieur. On sent, au palper, une tête fœtale dans le flanc gauche. Les bruits du cœur fœtal sont entendus dans la région ombilicale. Au toucher, on arrive, très en arrière, sur le col de l'utérus qui est long, fermé et dur. Dans le cul-de-sac antérieur du vagin, on sent une tumeur lisse, dure qui semble être l'utérus. On pense qu'il s'agit du corps de l'utérus augmenté de volume et repoussé en bas et en avant par un kyste fœtal. Le diagnostic de grossesse extra-utérine à terme avec enfant vivant est porté. L'intervention est décidée pour le 1^{er} août.

Une radiographie est pratiquée. Elle ne donne aucun renseignement. On ne perçoit pas la moindre ombre de partie fœtale sur le cliché.

Le 1^{er} août, au moment où on prépare la femme pour l'opération, on s'aperçoit, en auscultant l'abdomen, que les bruits du cœur ne sont plus perçus. L'opération est remise à plus tard afin de diminuer les risques pour la mère.

A midi, la femme a quelques vomissements noirâtres. Le pouls est à 110, la température de 37°5.

2 août. — A 8 heures du matin, la femme souffre légèrement du ventre d'une façon continue. La paroi abdominale est contracturée. Il n'y a pas de perte de sang. On continue l'expectation.

6 août. — La malade perd quelques gouttes de sérosité. Depuis le 2 août, elle n'a pas souffert.

7 août. — Dans la nuit, la femme souffre un peu du ventre et expulse un peu de liquide séreux.

10 août. — Ne voulant pas attendre à l'hôpital le moment de l'opération, la malade part chez elle. Elle doit revenir

à la fin du mois d'août pour être opérée. Son état général est bon; elle ne souffre pas et n'a aucune perte. Son pouls bat 80; la température est de 37°.

Le 30 août, la malade revient dans le service. Elle présente les mêmes signes que précédemment. Sa température est de 37°2, son pouls bat 80 pulsations par minute.

1^{er} septembre, à 10 heures du matin. Anesthésie au chloroforme. Opération par M. CATHALA. Incision médiane sous-ombilicale. L'abdomen ouvert, le kyste foetal apparaît, arrondi, tendu, de teinte rouge violacée. Une petite incision est faite au centre; elle intéresse le placenta qui se trouve en avant du fœtus. Comme le point incisé saigne, une ligature en masse est faite pour arrêter tout suintement sanguin.

La paroi du kyste est explorée afin de trouver un endroit où l'incision puisse être pratiquée en dehors du placenta. A droite, les membranes ovulaires semblent accessibles. Une incision, faite en ce point, donne issue à du liquide amniotique épais, fortement imprégné de méconium. L'orifice est agrandi, et par l'ouverture est extrait un fœtus macéré, sans malformation, du sexe masculin, pesant 2.850 grammes.

La paroi du kyste foetal est explorée attentivement. Elle adhère en haut, à la face postérieure du mésocôlon et, en arrière, à l'intestin qui est intimement uni à la partie gauche du kyste, où se trouve le placenta. Le clivage est impossible.

Les bords de la poche sont suturés aux bords de la plaie abdominale. La cavité du kyste foetal est tamponnée à la gaze stérilisée. L'incision abdominale est suturée dans ses portions supérieure et intérieure, laissant au centre une ouverture par laquelle sort l'extrémité de la gaze de tamponnement. Pansement.

La femme n'a pas saigné au cours de l'opération. Après l'intervention, le pouls bat 110; la température est de 37°6.

2 septembre. — Température 38°, pouls 120. Le tamponnement est retiré. Il est remplacé par une mèche de gaze imbibée de bouillie lactique qu'on ne tasse pas.

Du 2 au 11 septembre, la mèche de gaze imbibée de bouillie lactique est renouvelée chaque jour. La poche se rétrécit peu à peu. Pendant cette période, le pouls varie de 80 à 100, la température de 37° à 38°.

12 septembre. — Il semble que le placenta commence à se décoller. On en enlève de petits morceaux.

Les jours suivants, le décollement s'accroît; le doigt introduit sous le placenta le décolle en grande partie.

20 septembre. — Le placenta, saisi par une pince à faux-germe est tiré, en même temps que le doigt le décolle; il vient par morceaux, puis à peu près complètement. Il ne reste que quelques petits débris dans la partie inférieure de la poche. Poids du placenta: 220 grammes; sa couleur: teinte noirâtre, sans aucune odeur. Pendant le décollement, il ne s'est produit aucune hémorragie.

La cavité est tapissée de fausses membranes sous lesquelles se dessinent en haut les anses intestinales. Elle est tamponnée à la gaze imbibée de bouillie lactique.

19 au 20 septembre. — L'état de l'opérée est excellent. La température est normale à 37°; pouls 80.

20 octobre. — La femme quitte la Maternité. Il ne reste qu'une petite fistule pour laquelle l'opérée vient se faire panser de temps en temps.

5 novembre. — La fistule est fermée. La paroi abdominale est complètement cicatrisée.

OBSERVATION II

Grossesse extra-utérine de 8 mois. Fœtus vivant. Faux travail. Ablation du kyste fœtal et marsupialisation partielle. Etat de choc. Mort de la mère. Survie de l'enfant.

La femme L..., primipare, âgée de 26 ans, entre à la Maternité de l'Hôpital Saint-Louis le 20 février 1921. Elle a eu ses dernières règles du 7 au 11 juillet 1920. Les débuts de la grossesse ont été pénibles. En octobre, la femme a eu des accidents abdominaux et des pertes sanguines.

Elle est petite, d'aspect chétif. L'abdomen est développé comme pour une grossesse de 8 mois environ. Le fœtus, entouré de peu de liquide, se présente en siège décomplété. Les bruits du cœur fœtal sont bons. A la partie inférieure de l'abdomen, à droite de la ligne médiane, on sent une ferme tumeur du volume du poing. Par le toucher, on constate que cette tumeur se continue avec le col de l'utérus qui est plaqué derrière le pubis droit. Dans le cul-de-sac postérieur, on sent le siège du fœtus qui repousse le col utérin en avant, en haut et à droite. On fait le diagnostic de grossesse extra-utérine de 7 mois environ, avec enfant vivant.

La malade est gardée en observation dans le service.

Le 10 mars, pendant la nuit, elle a des douleurs dues à des contractions utérines qui l'empêchent de dormir; le matin, elle expulse quelques glaires sanguinolents.

En présence, des signes d'un faux-travail, M. CATHALA décide d'intervenir pour obtenir un enfant vivant.

A 10 heures, chloroforme, incision médiane, partant un peu au-dessus du pubis et remontant à l'ombilic. On voit entre les lèvres de la plaie abdominale une paroi lisse, rougeâtre ayant l'aspect de la paroi utérine. Cette paroi paraît se continuer, sans limites, avec le reste de la tumeur abdo-

minale. Craignant une erreur de diagnostic, on ponctionne la paroi; le doigt, introduit par l'ouverture, pénètre dans la cavité utérine, élargie mais vide, et ramène des débris qui ont l'aspect de lambeaux de caduque. Il s'agit bien de l'utérus non gravide qui, étiré et aplati sur le kyste fœtal, se trouve plus haut, plus médian et plus volumineux que ne l'avait montré l'examen clinique. L'incision de l'utérus est suturée au catgut, et l'ouverture de la paroi abdominale est prolongée en haut à 2 centimètres au-dessus de l'ombilic, permettant de voir le fond de l'utérus et, au-dessus, l'épiploon. Le doigt libère du sac le fond de l'utérus en bas, l'épiploon en haut. La paroi du kyste fœtal, devenue accessible, est incisée. Du liquide amniotique s'écoule. Le fœtus est extrait.

La poche, très profonde, descend jusqu'au fond du cul-de-sac de Douglas. Il est impossible de repérer la trompe et les vaisseaux utéro-ovariens du côté droit. Le placenta est irrégulier, comme déchiqueté, étalé sur les anses intestinales. Son décollement donne lieu à un suintement sanguin peu abondant. Le sac libéré dans sa partie supérieure est attiré en partie au dehors; on voit, en arrière de lui, deux grosses veines qui sont liées. Il se confond en avant avec l'utérus.

A la fin du décollement, un écoulement de sang, pas très important, sort de la profondeur, non du côté où doit se trouver la trompe ou les vaisseaux utéro-ovariens qu'on ne peut toujours pas repérer, mais de la région de Douglas.

Pour arrêter le suintement sanguin, la poche est tamponnée. A ce moment, le chloroformisateur prévient que l'opérée ne va pas bien. Elle est pâle, les lèvres sont cyanosées, la respiration très superficielle. Pendant qu'on fait des injections d'huile camphrée, d'éther, de sérum, etc., l'opération est terminée rapidement par marsupialisation de la

poche dont la partie supérieure, bien décollée, a été réséquée. La paroi est suturée, sauf en haut, par où sort la mèche de tamponnement. L'opérée respirant mal, on pratique la respiration artificielle, mais, malgré tous les soins, elle succombe. La mort est attribuable au choc, bien que l'intervention n'ait pas été choquante, car la perte de sang n'a pas été très grande, et il ne semble pas que l'anesthésie en soit la cause.

L'enfant est une fille, du poids de 2.400 gr., qui crie dès son extraction. Elle présente un aplatissement de la face du côté droit. Les emembres inférieurs sont relevés au-devant du corps, il est difficile d'étendre la cuisse sur le tronc.

Cette petite fille est revue en juin 1921, à l'âge de 3 mois. La déformation de la face s'est corrigée. Il existe à peine une légère asymétrie qui ne s'aperçoit que par un examen très attentif.

OBSERVATION III

Grossesse ectopique avec enfant vivant. Opérée au voisinage du terme. Marsupialisation. Guérison (PINARD, *Annales de Gynéco. et Obst.*, 1895).

Femme N..., 35 ans, primipare. Entrée à la clinique Baudelocque le 25 février 1895. Dernières règles, juillet 1894. A eu des pertes rosées au mois d'octobre et des douleurs qui l'obligent à s'arrêter. En novembre, troubles à la miction et à la défécation. Elle prend à cette époque 75 grammes de sabine répartis en 75 cachets prescrits par un médecin pour troubles menstruels. La grossesse ectopique est diagnostiquée par le professeur BERGER. Le diagnostic est confirmé par le professeur PINARD.

Deux tumeurs dans l'abdomen, l'une à droite, contractile

l'utérus; l'autre à gauche, plus volumineuse, contient un fœtus vivant.

Col ramolli et dévié à gauche et en haut. La grossesse est de six mois. La malade est mise au repos. A huit mois et demi, opération. Kyste friable, vasculaire, vaisseaux difficiles à pincer. Un fœtus est retiré vivant. Marsupialisation. Drainage et irrigation de la poche au sublimé à 1/4000. Guérison au bout d'un mois et demi. Le placenta s'élimine par fragments.

CHAPITRE IV

EXTIRPATION DU PLACENTA ET DES MEMBRANES

Les précurseurs de cette méthode n'eurent pas de résultats très encourageants. En effet, MAYGRIER, en 1886, avait eu quinze morts sur dix-sept cas opérés. Le décollement du placenta s'accompagnait presque toujours d'une forte hémorragie. C'est pour cette raison que le Professeur PINARD dit alors : « Enlever le kyste est peut-être plus chirurgical, mais c'est certainement peu prudent. »

Malgré tout, les chirurgiens se rendaient compte que c'était la méthode de choix. Elle l'est encore aujourd'hui, où le danger de l'hémorragie est considérablement réduit.

Ce qu'il faut, c'est ne pas prétendre appliquer la méthode à tous les cas. Il y a des cas où les autres procédés donnent de meilleurs résultats.

Quand devra-t-on utiliser cette méthode?

Nous répondrons simplement : toutes les fois que cela est possible, c'est-à-dire quand le placenta aura une *bonne insertion*. Voyons un peu ce que cela veut dire.

Bonnes insertions

JEANNENEY et BRINDEAU les décrivent comme telles quand le placenta est de forme discoïde, s'insérant sur la corne utérine, sur la trompe, sur la partie supérieure ou postérieure du ligament large. En ces cas, on trouvera facilement le plan de clivage.

Mauvaises insertions

On les considère comme telles, quand le placenta étalé adhère aux parois du petit bassin, aux gros vaisseaux pariétaux et aux anses intestinales.

En ces cas, le clivage peut être très difficile à faire et très dangereux à cause des grosses hémorragies qu'il pourra provoquer.

BECK cite encore, comme conditions en faveur de l'extirpation: *a*) quand le placenta a un pédicule qui peut être lié; *b*) quand les pédicules utéro-ovariens sont accessibles; *c*) quand il y a une certaine accessibilité sur l'utérus, permettant l'hystérectomie.

Donc, l'extirpation se fera sans danger, et on craindra beaucoup moins l'hémorragie, quand ces conditions se trouveront présentes.

Statistiques

ORILLARD (1894). — 55 % de mortalité.

LAVERGNE (1925). — Cinquième et sixième mois: 9,7 %.

Huitième et neuvième mois: 15 %.

Rétention: 12,2 %.

Donc, actuellement, on a une moyenne de mortalité de 12 % contre 88 % en 1886.

Technique opératoire

L'incision est semblable à celle de la marsupialisation. Le kyste, une fois isolé avec des compresses, est ponctionné. Il faudra choisir un endroit dépourvu de vaisseaux. Le fœtus extrait par les pieds est séparé du placenta par section du cordon entre deux ligatures.

On procède au nettoyage de la cavité en tâchant de reconnaître les origines vasculaires du placenta, et les rapports que le sac peut avoir avec les viscères qui l'environnent. Si on craint l'hémorragie, on pourra pratiquer la manœuvre de ПОТОСКИ qui consiste à pincer les vaisseaux utérins et utéro-ovariens. On peut aussi, si l'hémorragie s'est produite, comprimer l'aorte abdominale.

On procède ensuite au décollement du sac en examinant ses connections. La cavité une fois bien dégagée, est tamponnée pour assécher le suintement sanguin.

Presque toujours, on terminera par la pose d'un volumineux MIKULICZ qui complètera l'hémostase et permettra l'évacuation de tous les débris placentaires.

Avantages de la méthode

- 1° Cette opération est pratiquement à l'abri d'infections secondaires: péritonite, septicémie;
- 2° On n'a pas à redouter les hémorragies secondaires;
- 3° La convalescence est rapide.

Inconvénients

- 1° C'est encore l'hémorragie. Mais on a déjà vu les différents procédés dont on dispose pour l'empêcher et la juguler;
- 2° Un autre inconvénient, c'est la possibilité de produire la perforation des organes creux, comme le rectum et la vessie, perforation à laquelle on peut d'ailleurs facilement remédier par quelques points de suture;
- 3° La durée de l'intervention est parfois assez longue.

OBSERVATION IV

Grossesse extra-utérine occasionnant des accidents d'occlusion intestinale à 8 mois et demi, et confondue avec une grossesse compliquée de fibromes. Faux travail et mort du fœtus à terme. Grossesse extra-utérine reconnue. Opération. Ablation du kyste fœtal. Guérison.

La femme R... Lucie, employée de commerce, primipare, âgée de 29 ans, entre à la Maternité de l'Hôpital Saint-Louis

le 13 novembre 1920, parce qu'elle a de fortes douleurs abdominales. Comme elle a 38°2 de température, elle est admise à l'isolement.

La menstruation chez la malade a débuté à 13 ans; elle a toujours été régulière durant 4 jours et accompagnée de douleurs. Pas de pertes blanches.

La femme a été opérée d'appendicite à 12 ans.

Les dernières règles datent du 25 au 28 février. Depuis il n'y a eu, à aucun moment de la grossesse, ni écoulement sanguin ni pertes blanches. Pendant presque toute la durée de la grossesse, la malade a eu des vomissements; ceux-ci ont été abondants et fréquents, surtout pendant les quatre premiers mois.

A la fin du mois de mars, la femme très fatiguée par ses vomissements et par des douleurs de ventre, cesse de travailler et s'alite. Le décubitus la soulage.

Vers le 1^{er} juin, à 3 mois de grossesse, elle se lève la nuit pour uriner et ressent une douleur extrêmement intense dans le bas-ventre. Elle se trouve mal et se recouche aussitôt. Un médecin appelé fait donner des injections au formol et fait mettre des cataplasmes laudanisés sur l'abdomen.

Les jours suivants, la malade continue à avoir des vomissements, tantôt bilieux, tantôt alimentaires. La douleur persiste très forte pendant trois jours, puis cesse au bout de dix jours.

A aucun moment, au cours de la crise, il n'y a eu de perte sanguine.

Les mois suivants, la grossesse évolue avec quelques douleurs abdominales et des vomissements assez fréquents.

La femme, sans pouvoir préciser, dit avoir senti remuer son enfant vers le 14 juillet. Les mouvements n'ont jamais été très actifs. Elle dit ne plus les percevoir depuis la nou-

velle crise douloureuse pour laquelle elle est entrée à la Maternité.

Le 14 novembre, à l'examen, la malade paraît bien fatiguée, ses traits sont tirés. L'abdomen est volumineux, tendu, très ballonné. Il existe une hyperesthésie intense qui empêche tout examen. Tout essai de palper provoque une crise douloureuse. Même l'auscultation du fœtus est difficile; on n'entend pas de bruits du cœur fœtal. Les seins sont ceux d'une femme enceinte, il n'y a pas de montée laiteuse.

La femme dit ne pas avoir été à la selle depuis deux jours et n'avoir évacué que quelques gaz. La langue est saburrale; il n'y a pas de vomissements. La température est de 38°2, le pouls bat 85. On remet l'examen à plus tard.

Le 20 novembre, à la suite d'un traitement calmant, de compresses humides chaudes sur l'abdomen et de lavements purgatifs qui ont fait évacuer une grande quantité de matières fécales, l'abdomen est moins ballonné, mais le palper est encore difficile. On entend nettement les battements du cœur fœtal à gauche de l'ombilic.

L'examen étant cependant toujours difficile, M. CATHALA décide de le pratiquer sous chloroforme.

Au palper, on sent une tumeur paraissant être l'utérus dévié à gauche de la ligne médiane à grand axe oblique, de bas en haut et de droite à gauche, l'extrémité inférieure se trouvant au niveau de l'éminence ilio-pectinée droite, la supérieure sous les fausses côtes gauches. Malgré l'anesthésie, la palpation est extrêmement pénible. Il semble qu'il y ait peu de liquide amniotique autour du fœtus. A gauche et en arrière, un peu au-dessus de la crête iliaque, on sent une masse dure qui paraît être la tête du fœtus. Dans la fosse iliaque droite, la percussion donne de la matité, il existe de ce côté une tumeur dure, assez nette, qui paraît indépendante de la tumeur abdominale.

Au toucher, le col, ramolli, est reporté en arrière, en avant de lui, derrière le pubis, on sent une masse mollassée, pseudo-fluctuante, de la grosseur d'un poing, à grand axe transversal. En explorant le cul-de-sac postérieur du vagin, on sent des petites parties fœtales.

Il existe, en outre, un petit kyste, gros comme une cerise, en arrière du méat urinaire.

La tumeur, située en bas et un peu à droite, en arrière du pubis, paraît être un fibrome et on pense qu'il s'agit d'une grossesse avec fibromes; l'un d'eux, postérieur, inaccessible à l'examen, étant peut-être cause de l'occlusion intestinale qu'a présentée la malade.

Les jours suivants, l'état de la malade s'améliore et, le 23 novembre, elle sort sur sa demande.

Du 23 novembre au 3 décembre, la femme reprend ses occupations; elle ressent de temps en temps des douleurs peu vives dans l'abdomen.

Le 3 décembre 1930, elle revient de nouveau à la Maternité. Elle se plaint de douleurs intermittentes dans le bas-ventre et perd des glaires sanguinolentes. La sage-femme de garde trouve un col long, fermé, et reçoit la malade au dortoir où elle reste pendant quatre jours, continuant pendant quarante-huit heures à ressentir des coliques dans le bas-ventre.

Le 7 décembre, elle est présentée à M. CATHALA, qui reconnaît l'ancienne hospitalisée de l'isolement. Elle a maigri, son abdomen n'est plus douloureux ni ballonné; l'examen est devenu plus facile.

La tumeur abdominale remonte à 28 centimètres au-dessus du pubis. On reconnaît, dans le flanc gauche, la tête fœtale qui présente une crépitation osseuse très nette. Il n'y a pas de bruits du cœur du fœtus.

Au toucher, la tumeur située en arrière du pubis et un peu à droite, se continue avec le col et est nettement formée par l'utérus: il s'agit d'une grossesse extra-utérine à terme avec un fœtus qui a dû succomber vers le 3 décembre au cours du faux travail.

Sous anesthésie, on dilate le col utérin avec des bougies de Hégar: le toucher intra-utérin montre que la cavité utérine est petite et vide; son axe se dirige en haut et à droite.

On fait l'ablation du petit kyste situé en arrière du méat urinaire.

Comme le fœtus a succombé, on remet l'opération à plus tard. La malade repart chez elle pour revenir le 30 décembre.

Le 3 janvier 1921, à 10 heures du matin, anesthésie au chloroforme, incision médiane sous-ombilicale. L'abdomen ouvert, on voit le dos du fœtus qui se trouve en avant. Un pied est saisi dans la partie inférieure de la poche; et le fœtus est extrait. C'est une fille dont les tissus sont desséchés et qui ne pèse plus que 1.370 grammes. Elle présente un enfoncement de l'arcade sourcilière et du maxillaire supérieur gauche par pression du coude gauche. Après extraction du fœtus, on voit la cavité du kyste fœtal tapissée en arrière par le placenta. A droite, on trouve un plan de clivage. La main, introduite entre la paroi du kyste et les anses intestinales, décolle des adhérences lâches et va à la recherche des annexes droites. Le placenta se laisse décoller tout d'abord sans perte de sang, mais quand la main arrive en bas et à droite, près de l'utérus, un flot de sang apparaît. La portion de placenta décollée est enlevée rapidement. On reconnaît le point d'implantation du placenta à la trompe qui lui est intimement unie. Une pince est placée sur la trompe près de son insertion utérine, une autre sur les vaisseaux utéro-ovariens, l'hémorragie cesse aussitôt. On

enlève le reste du placenta qui est uni par des adhérences lâches à l'intestin. On enlève la trompe entre deux ligatures. Il n'existe qu'un léger suintement sanguin à la surface des anses intestinales. Une mèche de gaze tamponne la cavité. La paroi abdominale est suturée en haut et en bas, laissant passer en son milieu l'extrémité de la mèche de gaze.

Après l'opération, le pouls est à 84, la température à 37°8. Bon état général. Respiration superficielle, mais de rythme normal. Injection de sérum artificiel et d'huile camphrée.

4 janvier. — Matin: température 38°5, pouls 100; soir: température 38°2, pouls 116.

On retire la mèche de gaze qui ramène quelques caillots. On met un gros drain dans la cavité.

5 janvier. — Suintement séro-sanguin. Température 37°2 et 38°5, pouls 90 et 100.

Les jours suivants, température entre 36°9 et 37°2, pouls à 80.

10 janvier. — On met un drain plus petit. Léger suintement sanguin.

15 janvier. — Le drain est enlevé.

20 janvier 1921. — La plaie abdominale est complètement cicatrisée. L'opérée quitte le service.

Le 31 mai 1934, la femme vient consulter à la Maternité parce qu'elle a eu une perte de sang un peu abondante en dehors des règles. Elle présente les signes d'un cancer du col de l'utérus.

OBSERVATION V

M^{me} B..., âgée de 30 ans. se présente à la Maternité de l'Hôpital Saint-Louis le 29 juin 1927, envoyée par son médecin pour savoir si elle est enceinte.

Dans ses antécédents pathologiques, on ne relève qu'une crise d'appendicite opérée à l'âge de 10 ans. Elle a eu ses dernières règles du 1^{er} au 6 novembre 1926.

Pendant les mois de janvier et février 1927, elle a ressenti dans l'abdomen des fortes crises douloureuses qui, à plusieurs reprises, l'obligèrent à s'aliter. Son médecin pensa à une affection digestive et, après radioscopie, fit le diagnostic d'adhérences péritonéales consécutives à l'appendicite opérée dans le jeune âge.

Fin février, à la suite de vives douleurs abdominales accompagnées d'un état de choc, la malade constata un petit écoulement sanguin par la vulve. En avril et en mai, elle souffrit au niveau de la région épigastrique. Depuis le début de juin, les douleurs ont complètement cessé.

A l'examen, on trouve dans la région hypogastrique une tumeur du volume d'un utérus de cinq mois environ. Cette tumeur de forme arrondie remonte jusqu'au niveau de l'ombilic; ses contours sont assez difficiles à délimiter.

Au toucher, on trouve un col long, fermé un peu reporté à gauche dans le cul-de-sac antérieur; on perçoit nettement le ballottement fœtal. A l'auscultation, on entend les bruits du cœur du fœtus.

Au toucher, on trouve un col long, fermé, un peu reporté à gauche dans le cul-de-sac antérieur; on perçoit nettement le ballottement fœtal. A l'auscultation, on entend les bruits du cœur du fœtus.

Le développement de la masse abdominale et les signes

de la présence d'un fœtus font porter le diagnostic de grossesse de cinq mois. On conseille à la femme de se reposer et de revenir dans un mois, plus tôt même, si elle présente le moindre malaise.

Elle revient consulter le 20 juillet, se plaignant de quelques douleurs légères dans le bas-ventre. L'abdomen est un peu irrégulier, avec une partie plus saillante à gauche de la ligne médiane au-dessous de l'ombilic. On n'entend plus les bruits du cœur fœtal. Au palper, la masse abdominale, toujours très difficile à délimiter exactement, remonte à l'ombilic, elle ne semble pas avoir augmenté de volume depuis le précédent examen.

Aucune perception des parties fœtales.

Le col utérin présente les mêmes caractères qu'antérieurement. On ne perçoit plus de ballotement dans le cul-de-sac antérieur du vagin. On pense à la possibilité d'une grossesse extra-utérine, avec sac fœtal en avant et à droite, et corps utérin refoulé vers la gauche. On conseille à la malade d'entrer à la Maternité. Elle ne revient que le 27 juillet dans la soirée, se décidant à être hospitalisée, parce que, depuis trois jours, elle ressent à l'épigastre des douleurs comparables à celles qu'elle a ressenties en avril et mai.

L'examen pratiqué, la matinée du 28, décèle les mêmes signes que précédemment et confirme le diagnostic de grossesse extra-utérine. Température 37°5, pouls 80. Une radiographie de l'abdomen est demandée au service de M. BELOT.

Dans la nuit du 28 au 29, la malade est prise de vives douleurs abdominales et a des vomissements verdâtres. Le matin, elle présente un état général mauvais; le pouls est à 120, la température à 37°2. Un peu de sang noir sort par la vulve. Le ventre est dur et douloureux, empêchant la palpation. Au toucher, le col largement ouvert, laisse facile-

ment pénétrer le doigt dans la cavité utérine, dont l'axe se dirige en haut et à gauche.

L'intervention immédiate est décidée. On apporte à ce moment la radio prise la veille. Elle montre un fœtus dont on distingue bien toutes les parties du squelette. Ce fœtus est comprimé en boule dans le sac fœtal, le corps et les membres inférieurs s'enroulant autour de la tête. On aperçoit le menton contre le thorax, la colonne vertébrale très incurvée devant la face, les fesses contre le front, tandis qu'une jambe est repliée en hyperflexion devant le front, l'autre descend en arrière de la tête, les pieds se trouvant à peu près au niveau de la fontanelle postérieure.

Laparotomie médiane sous-ombilicale, après anesthésie au chloroforme.

Dès l'ouverture du ventre, on voit le kyste fœtal. Il est en avant et à droite de l'utérus qu'il refoule à gauche et comprime. Le ligament large, droit, est tendu et étalé sur la partie antéro-inférieure du kyste. Quelques adhérences de l'épiploon à la paroi antérieure du sac sont facilement libérées. Un clamp est placé sur la corne utérine droite, les vaisseaux utéro-ovariens ne peuvent pas être repérés.

Le kyste est ouvert, et on extrait un fœtus mort du sexe féminin, du poids de 1.160 grammes.

Une pince est placée au point où doit se trouver le pédicule utéro-ovarien. Le placenta, très épais par places, mince en d'autres, est facilement décollé, il pèse 650 gr. Aucune hémorragie, mais léger suintement sanguin. Il n'y a que quelques caillots anciens dans le bassin.

Les pédicules sont liés, la poche est reséquée en presque-totalité, seule une petite partie reste adhérente à l'intestin et à la paroi pelvienne droite. Un gros drain et une mèche de gaze sont placés à ce niveau. Fermeture de la paroi.

Bien que l'opération ait duré peu de temps et que la femme ait perdu une quantité très minime de sang, l'état continue de s'aggraver; le soir, la température remonte à 38°5, le pouls à 125, et malgré tous les soins donnés, la malade succombe le lendemain de l'opération. Température 41°, pouls 60 au moment de l'agonie.

OBSERVATION VI

Grossesse extra-utérine à terme. Putréfaction foétale. Infection de la cavité amniotique. Ablation du kyste foetal et hystérectomie. Guérison.

La femme M..., dont l'observation a été égarée, est entrée à la Maternité de l'Hôpital Saint-Louis en juin 1925. A son entrée dans le service, elle présente les signes d'une grossesse extra-utérine ayant dépassé le terme. Il n'y a pas de bruits du cœur foetal. La température est de 40°; le pouls bat 130 pulsations par minute.

Anesthésie au chloroforme. Incision médiane de l'abdomen, remontant à 2 centimètres au-dessus de l'ombilic.

A l'ouverture du ventre, il s'échappe des gaz fétides en abondance. Le fœtus, en pleine putréfaction, est extrait. Par suite de la position déclive de l'opérée et des adhérences du sac à l'intestin, il est impossible d'isoler la grande cavité péritonéale dans laquelle se répand le liquide amniotique, mélangé de méconium et putréfié.

Le placenta et la paroi du sac se décolle facilement sauf en un point. Comme le sac adhère à l'utérus, une hystérectomie est pratiquée. Une partie de la poche, ne pouvant être enlevée, est laissée; on y introduit un drain. Un autre gros drain est placé à la partie supérieure en avant des anses intestinales. La paroi abdominale est suturée.

Les jours suivants, la température s'abaisse progressivement et le pouls diminue de fréquence. La paroi abdominale se cicatrise rapidement.

La malade sort de la Maternité guérie après un mois d'hospitalisation.

CHAPITRE V

METHODE DE L'ABANDON DU PLACENTA

Cette méthode a été pratiquée pour la première fois en Italie, vers 1885, par le Professeur PAOLO NEGRI, de l'Ecole d'Obstétrique de Novare. C'est ainsi qu'elle a été nommée *Méthode de Negri*.

La question a été reprise dernièrement (1919) par les Américains, et surtout par JEWETT et BECK.

Ainsi, ce dernier a pratiqué l'expérience suivante, que nous prenons de *The Journal of the Ame. Med. Ass.*, sept. 1919 :

« J'ai mis les $\frac{3}{5}$ parties d'un placenta de 500 gr., extrait par césarienne, dans le ventre d'un chien; deux mois après, on ouvrit son ventre, et il n'y restait rien. »

Cette résorption spontanée du placenta a également lieu dans l'espèce humaine, et c'est là le fondement de la méthode.

Ce même auteur donne la statistique suivante : des 12 malades opérées, 4 sont mortes, ce qui donne une mortalité de 33,3 %. Dans deux de ces cas, la mort était due à l'infection. Et après avoir examiné la littérature médicale publiée jusqu'à 1919, il conclut : « Que

la mortalité est moindre chez les malades traités par cette méthode ».

D'après JEWETT, cette méthode a un certain avantage sur les autres quand on est en présence d'une mauvaise insertion du placenta. Le danger d'hémorragie immédiate n'existe plus, et la possibilité d'introduire une infection au moment de l'opération est minime. Seulement, on hésitera à pratiquer cette méthode quand l'œuf sera infecté.

LAVERGNE a observé deux cas suivis de mort, après abandon du placenta, l'un de septicémie, l'autre d'hémorragie secondaire.

En effet, les auteurs ne sont pas d'accord en ce qui concerne la pratique de cette méthode. Il nous semble qu'elle n'a pas encore fait ses preuves.

M. BRINDEAU pense que c'est une méthode intéressante, et parfois avantageuse, lorsqu'il est impossible d'enlever le kyste fœtal. D'ailleurs, il l'a utilisée et avec succès.

Technique opératoire

Après incision, comme dans les autres méthodes, le fœtus est extrait et le cordon lié. Puis on ferme le sac s'il en existe un, ou on abandonne tout simplement le placenta s'il n'existe pas de sac. Fermeture de la paroi sans drainage.

Avantages

Sont ceux de la marsupialisation.

Inconvénients

L'infection secondaire du placenta abandonné est possible, à cause du voisinage des anses intestinales.

Les hémorragies secondaires.

OBSERVATION VII

Nous prenons cette observation du travail de M. le Professeur JEWETT, parue dans *The Journal of the American Medical Association*, 1919.

M^{me} W. H..., âgée de 34 ans, est entrée à l'hôpital le 11 septembre 1921. Elle raconte avoir eu ses dernières règles le 12 février 1921.

Vers le 1^{er} avril, elle a eu des douleurs assez fortes dans le bas-ventre; ces douleurs étaient accompagnées de nausées et de vomissements; ces accidents ont été suivis d'une perte de sang.

Le diagnostic d'avortement a été fait par un médecin qui, après dilatation du col, a pratiqué le tamponnement de la cavité utérine. Pendant le mois de mai, ces hémorragies se sont reproduites, ainsi que les douleurs qui n'ont fait que s'accroître. L'examen montre que l'abdomen a les dimensions d'une grossesse à terme. Le fœtus était placé obliquement, la tête en haut et à gauche, le reste du corps se dirigeant en bas et à droite. On entendait les bruits du cœur un peu au-dessus et à gauche de l'ombilic.

Le col était refoulé en avant derrière la symphyse par une masse molle qui remplissait le cul-de-sac de Douglas.

En présence de ces signes, on a fait le diagnostic un peu aventuré de grossesse extra-utérine.

La malade a été mise sous observation.

Les examens successifs ne nous ayant pas fait changer d'avis, on a fait préparer la malade pour l'intervention.

Opération

Une fois l'incision faite, on a trouvé le grand épiploon adhérent à la paroi et au fond de l'utérus.

Il y avait une certaine quantité de liquide clair dans l'abdomen.

En relevant le grand épiploon, on a trouvé l'enfant libre dans la cavité abdominale, entre les anses de l'intestin grêle. Le corps de l'utérus était poussé en avant par le gâteau placentaire.

On a trouvé quelques débris de membranes, mais il n'y avait pas de sac.

Le placenta avait une base très large et était inséré sur la moitié droite de la face postérieure de l'utérus, sur le ligament large droit; il remplissait le Douglas et remontait sur la paroi pelvienne jusqu'au devant des vaisseaux iliaques droits.

Il est évident qu'un tel placenta ne pouvait pas être extrait sans une grosse hémorragie et il n'y avait pas de sac pour le suturer aux lèvres de la plaie.

En présence de ces circonstances, on a décidé de couper le cordon le plus près possible de la surface, et de laisser le tout en fermant la paroi, sans drainage.

La malade a guéri complètement et sans complications. Six mois après l'opération, on sentait encore au toucher le placenta dans le Douglas, bien que son volume fût beaucoup plus réduit.

OBSERVATION VIII

NEGRI (*Rivista Veneta de Sc. Med.*, 1890).

Il s'agissait d'une gestation extra-utérine abdominale d'environ huit mois, avec fœtus mort.

L'abdomen étant ouvert, ainsi que le sac adhérent à la paroi abdominale antérieure, le fœtus fut extrait.

Au moment de la sortie de la tête fœtale, celle-ci entraîna avec elle deux anses de l'intestin grêle, soudées à la partie du sac adhérente aux tissus péri-craniens.

Le fœtus entraîne aussi avec lui le cordon sans le placenta. Ce dernier fut recherché avec la main, mais ne put être retrouvé.

Alors, on fit la toilette péritonéale et, ayant assuré une complète hémostase, on ferma complètement la plaie abdominale par six points de suture profonds et quatre superficiels.

Les suites opératoires, à part quelques irrégularités thermiques, furent normales.

La femme se leva le quatorzième jour et, au vingtième, elle quittait la clinique complètement guérie.

OBSERVATION IX

HAGU, Salzbourg (*Monats. für Geburt und Gynäk.*, 1906).

Femme de 37 ans, admise d'urgence à l'hôpital le 8 avril 1905, pour une violente crise de douleurs hypogastriques ayant éclaté sans motifs appréciables. Cette femme déclare qu'elle s'est toujours bien portée. Il y a six ans, premier accouchement normal. Il a six ans, avortement au troisième mois. Depuis cette époque, douleurs dans le bas-ventre. Une sensation de pesanteur à l'hypogastre demeure conti-

nue, aggravée de coliques utérines avec nausées et vomissements.

Examinée à son entrée, la femme est de bonne apparence, pas de météorisme abdominal.

Dans le pelvis à gauche, tumeur arrondie, mollassse, immobile, sensible à la pression, grosse comme un utérus en-coint de 4 mois.

Pour l'utérus lui-même, impossible de déterminer sa situation par rapport à la tumeur. Le repos cause une notable amélioration. Exeat, puis revient le 2 juin.

Abdomen ballonné, tumeur arrondie, dépassant l'ombilic de deux travers de doigt; ladite tumeur est immobile et douloureuse.

Bruits du cœur perceptibles; toujours par intervalles se maintiennent les douleurs et les vomissements. L'intervention est décidée, donc au sixième mois.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Le péritoine ouvert, on tombe sur un énorme kyste fœtal, dont on extrait un fœtus vivant. On essaie le décollement, résultat: une hémorragie formidable. On tamponne la cavité, on abandonne le sac et on ferme. Malgré les soins énergiques, sérum, huile camphrée, l'opérée meurt après cinq heures de collapsus.

OBSERVATION X

RAFFERETY (*Medical Record*, 1903).

Femme de 40 ans, 4^e-pare. Dernières règles, juillet 1900. En septembre, douleurs dans la fosse iliaque droite. Collapsus. La crise passée, tout rentre dans l'ordre.

En octobre, perte de sang, émission de caduque. Les dou-

leurs sont calmées par le repos au lit. En décembre, les mouvements actifs du fœtus sont perçus.

Ténésme vésical et rectal, constipation opiniâtre. En avril, amaigrissement considérable, surexcitation nerveuse, ictère, constipation. Pouls 120. Au palper, à gauche, on sent l'enfant vivant placé transversalement. A droite, l'utérus est indépendant du kyste fœtal.

Le 6 avril 1901. — Laparotomie. L'enfant est libre dans la cavité péritonéale, ascite, gros placenta inséré sur le fond de l'utérus, la trompe gauche, le cul-de-sac de Douglas. Une tentative de décollement provoque une hémorragie. Le placenta est isolé par des compresses, drainage.

La mère succombe au bout de six jours.

CHAPITRE VI

SYNTHESE

En résumé, la méthode de choix est celle de l'extirpation du placenta et des membranes. Cette méthode nous semble la plus logique.

En parlant d'une technique opératoire, en réalité, on ne peut pas dire si elle est prudente ou non, comme on l'a parfois dit à l'égard de cette méthode, cette qualité se rattachant plutôt à l'opérateur qu'à l'opération en elle-même.

Donc, on pratiquera l'extirpation toutes les fois qu'il sera prudent de le faire, c'est-à-dire, quand le placenta aura une bonne insertion, ou encore, quand on pourra se rendre maître d'emblée de sa vascularisation, puisque c'est là la grande difficulté de la méthode. En ce sens, la manœuvre de POTOCKI peut donner de très bons résultats.

Dans les cas où l'on ne pourra pas agir ainsi, on aura le choix à faire entre la marsupialisation et l'abandon du placenta. Les résultats de la première, on les connaît déjà, en général ils sont bons. Elle nous semble préférable à celle de l'abandon du placenta, surtout quand on est en présence d'un œuf infecté.

Quant à la dernière méthode, quoiqu'elle paraisse intéressante, les statistiques actuelles ne semblent pas être en sa faveur, ce qui ne nous semble pas juste d'ailleurs, puisqu'elles ont été établies d'une façon un peu tendancieuse.

En effet, on n'a pu trouver que deux observations où cette technique a été suivie fidèlement (Observations VII et VIII). Ces deux cas ont guéri, d'ailleurs, sans accidents.

Dans tous les autres cas publiés qu'on a pu examiner, cette méthode a été : soit appliquée secondairement, comme c'est le cas de l'Observation IX, où la méthode a été pratiquée après tentative de décollement et grosse hémorragie consécutive ; soit après avoir laissé le placenta sans y toucher, mais en y laissant un drain au moment de la fermeture de la paroi. Or, il nous semble que la technique, telle qu'elle a été décrite par ses initiateurs, prescrit la fermeture sans drainage.

CONCLUSIONS

1° L'extirpation radicale du placenta et des membranes est la méthode de choix; on ne devra la pratiquer qu'en présence d'une bonne insertion placentaire.

En cas d'hémorragie, la manœuvre de POTOCKI peut donner des bons résultats. On aura avantage à terminer par la pose d'un MICKULICZ, lequel assurera l'hémostase.

2° La marsupialisation sera une méthode de nécessité. Elle sera indiquée dans les cas où l'on craint l'hémorragie, c'est-à-dire quand le placenta présente une mauvaise insertion.

3° L'abandon du placenta n'étant pas très employé, et, de plus, les opinions et les résultats obtenus par différents auteurs étant contradictoires, nous ne pouvons rien conclure à son égard.

Il faudra attendre qu'elle soit plus largement pratiquée, et surtout que sa technique soit suivie plus fidèlement.

Vu : *Le Doyen,*
ROUSSY

Vu : *Le Président de Thèse,*
BRINDEAU

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY

BIBLIOGRAPHIE

- BARTHOLOMEW. — *The Journal of the American Medical Association*, 7 oct. 1922.
- BERTAZZOLI. — *La pratica ostetrica ginecologica*, 1896.
- BECK. — *The Journal of the American Medical Association*, 27 septembre 1919.
- BOIJE. — *Traitement de la grossesse ectopique avancée*, Leipzig, 1906.
- BRINDEAU. — *Pratique des accouchements*, tome III.
- CATHALA. — *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, Paris 1925 et 1930.
- FAURE. — *Traité de Gynécologie*.
- JEWETT. — *American Journal of Obstetrics*, février 1923.
- JEANNENEY et VILLAR. — La grossesse abdominale et son traitement chirurgical (*Gynéco. Obs.*, 3 mars 1928).
- LAVERGNE. — *Thèse de Bordeaux*, 1925.
- LAWSON-TAIT. — *The British Medical Journal*, 1884.
- LE BONNIEC. — *Thèse de Paris*, 1929.
- MAYGRIER. — *Thèse d'agrégation*, Paris, 1886.
- NEGRI. — *Annali di Ostetrica e Ginecologia*, 1885; *Rivista veneta de Sc. Med.*, 1890.
- PINARD. — *Annales de Gynécologie*, 1889-1892-1895; *Bulletin de la Société de Médecine*, 1895.
- POZZI. — *Traité de Gynécologie*.
- POTOCKI. — *Annales de Gynécologie*, 1903.
- RIBEMONT-DESSAIGNES. — *Traité d'Obstétrique*.
- SITTENER. — *Arch. für Gynäk.*, 1901.
- SECOND. — *Traitement des grossesses extra-utérines*, 1898.
- VIANA. — *Gynécologie et Obstétrique*, 1928.
- VIOLET. — *Thèse de Toulouse*, 1910.
- VILLAR. — *Thèse de Bordeaux*, 1927.

